الفصل السادس والعشرون

فحص اضطرابات الأكل والوزن

Disorders of eating and Weight

Jane Wardle جين واردل

الفصل السادس والعشرون
فحص اضطرابات الأكل والوزن

جين واردل Jane Wardle

مقــــدمة

يعد الوزن مهمًا فى حضارتنا، بالنسبة للنساء على وجه الخصوص. ورغم وقوع الأشخاص الذين يتصفون بالبدانة (١) والأخرون فاقدى الشهية (٢) على النهايتين العكسيتين لمتصل الوزن، إلا أنهم معًا قد يكونون ضحايا التوقعات الحضارية للجسم النحيل (٣). وقد ضُم لهذين الاضطرابين من اضطرابات الأكل الشره العصبى للطعام (٤) ، والذى يتسم صاحبه بنمط أكل يتخطى بشكل متطرف القيود الغذائية مع نوبات من الأكل بشراهة.

وترتبط كل من البدانة وفقدان الشهية والشره العصبى بمخاطر جسمية صحية ، وبانخفاض فى الملائمة النفسية.

وتشير البحوث حول العمليات النفسية التى تقف خلف هذه الاضطرابات إلى عدد من الخصائص العامة وبعض الفروق ؛ فالصورة الجسمية السلبية مشتركة فى المجموعات الثلاثة، وكذلك إدمان التقيد الغذائى، على الرغم من كونه غير ناجح بالضرورة، بالإضافة إلى أنماط الأكل وممارسة الرياضة ، والتى دائمًا ما تكون غير سوية، وكذلك الإحساس بالجوع. كما تكون الشهية والإحساس بالشبع مضطربين. وكل هذه المشكلات أكثر شيوعًا لدى النساء بشكل لافت للنظر، وغالبًا ما يكون مرضى فقدان الشهية والشره العصبى من الإناث، وتسعى الكثير من النساء مقارنة بالرجال للحصول على المساعدة المهنية أو التجارية لخفض أوزانهن. وتســهم هذه الفروق الجنســية بشكل عام فى تأكيد حقيقة أن الضغوط الاجتماعية للقوام النحيل تقع بقدر كبير على النساء ، مؤدية إلى ما وصف على أنه «طغيان رشاقة القوام» (١) (Chernin, 1983) . والقليل من النساء يفلتن من هذه الضغوط .؛ لذا فالصورة الجسمية السلبية ومحاولات التحكم فى الوزن شائعة بين صاحبات الوزن العادى (Dwyer et al., 1970; Warlde and Marsland, 1990) ولدى الكثير من النساء مقاييس جسم أفضل بكثير من المقاييس النموذجية للموضة، ويحتمل أن تكون أفضل أيضًا من المقاييس الطبية النموذجية. وعلى الرغم من ذلك فإن محاولات المجاراة للوصول إلى مقاييس نموذجية يمكن أن تؤدى إلى مخاطر كبيــرة لفقــدان الشــهية أو الشره أو البدانة. (Wooly et al., 1979; Garner, 1985; Wardle, 1988; Brownell, 1991).

---

(1) Obesity.
(2) anorexics.
(3) Thin.
(4) bulimia norvosa.
(5) Tyranny of slenderness.

ويتضمن التقييم الأكلينيكى فى مجال الوزن، كما هو الحال فى المجالات الأخرى،محاولة لتوفير وصف موضوعى ومنظم للشخص المريض. وبداية قد يكون ذلك جزءاً من عمليات التشخيص، إلا أنه يوفر أيضاً البيانات القاعدية ، التى يمكن أن تبدأ منها خطة علاج وأية تغييرات يتعين تقييمها. ويجرى التحقق اللفظى فى الممارسة الأكلينيكية ، من خلال مقابلة مع المريض والأخباريين الاخرين ، والذى يعد الأسلوب الأساسى الذى تعد كل أساليب التقدير الأخرى مكمله له. ويمكن استخدام المقابلة المقننة أو بطاريات الاختبارات مثل «فحص اضطرابات الأكل» (١) (Cooper and Fairburn, 1987) ، والمقابلة لتشخيص اضطرابات الأكل (Williamson, 1990) أو استخبار ستانفورد لاضطرابات الأكل (٢) (Agras, 1987) لجمع المعلومات بطريقة نظامية ، وهو ملائم لاستخدام القائمين بالمقابلة الأقل خبرة. وللأختبارات المقننة مثل بطارية اضطرابات الأكل (٣) (Garner, 1991) أو الاستخبار المعرفى لفاقدى الشهية (٤) (Mizes and klesgas, 1990) مكانة أوضح فى مواقف البحث، إلا أنها يمكن أن تسهم بشكل مفيد فى جمع البيانات فى الموقف الأكلينيكى. وأخيراً فإن الفحص الطبى من الأمور الضرورية دائماً فى مثل هذه الحالات ذات الأعراض الجسمية والنفسية ،وتشير هذه المناهج العريضة فى الفحص إلى المجالات النوعية، التى تتطلب فحوصا تفصيلية باستخدام اختبارات معرفية، ومقاييس تقدير وسجلات سلوكية.

فحص البدانة

خلفية :

هناك إجماع على نطاق واسع على أن البدانة المفرطة تعد إحدى المشكلات الصحية الكبرى فى القرن العشرين فى العالم الغربى. وتعريف البدانة تحكمى بشكل ما لأن سمنة الجسم متغير متصل. وترتبط الزيادة فى الوزن التى تصل إلى ٢٠ فى المئة من الوزن ، أو تزيد عن ذلك بالقابلية المؤكدة لكل من المرض والموت (Mayer, 1968; National Institute of Health, 1985; Jeffery, 1992) ومن المعروف الآن أن توزيع الدهون فى الجسم وإجمالى الدهون فيه يرتبطان باحتمالات التعرض للأمراض. ويبدو أن المستويات المرتفعة من دهون البطن تحمل مخاطر أشد من مخاطر الدهون الموزعة على الأطراف (Björntorp, 1988) ، وقد يساعد هذا الأمر فى تفسير الفروق فى العلاقة بين البدانة والمرض لدى كل من الرجال والنساء، طالما أن الاحتمال الأكبر هو أن بدانة الرجال مركزية بينما بدانة النساء طرفيه. وكانت الجوانب الأخرى التى جذبت اهتماماً متزايداً هى تغيرات الوزن. وكان ليسنر وزملاؤه Lissner et al. (1988) وهام وزملاؤه Ham et al. (1989) من بين عدد من الباحثين ، الذين أوضحوا أن التغيرات الكبيرة فى الوزن تزيد من مخاطر أمراض الشرايين التاجية. ويتعين تقييم هذه النتائج فى الوقت الراهن بحذر طالما أنها نتائج مستعرضة (٥) وليست تجريبية ، وعلى الرغم من ذلك يجب أن تزيد من الأهتمام بأن العلاجات الفعالة على المدى القصير وغير الفعالة على المدى البعيد (وبالتالى تنشط دوره الزيادة والنقص فى الوزن) يمكن أن تكون مؤذية للصحة (Wing, 1992)

ويعد تقييم التاريخ العائلى من الأمور المهمة أيضاً، طالما أن الكثير من الدراسات توحى أن هناك مكوناً وراثياً فى تباين الوزن (Stunkard et al., 1986) ووجود تاريخ عائلى إيجابى فى حالة فردية لايمكن أن يؤدى إلى تضمين أسباب وراثية، كما قد لا تكون له آية دلالة فى العلاج. وعلى الرغم من ذلك،

(1) Eating Disorder Examination.
(2) Stanford Eating Questionnaire
(3) Eating Disorder Inventory.
(4) Anorexic Cognitions Questionnaire.
(5) Cross - Sectional.

فمن منظور المريض ، يكون من المهم فهم أن حجم الجسم الكبير يمكن أن يكون خاصية موروثة .

وتشير الدراسات الوبائية فى أغلب الدول الغربية إلى ارتباط البدانة بالعمر، والجنس، والطبقة الاجتماعية (Osancová and Hejda, 1975, Sabel and Stunkard, 1989) كما وجد سيلفرستون (Silverstone (1968) أن ٥٢ فى المئة من الرجال، ٦٦ فى المئة من النساء فى عينة ممارسة عامة كانوا يزنون أكثر من الوزن النموذجي لهم بنسبة ١٥ فى المئة على الأقل. وهناك تزايد فى الوزن ملفت للانتباه مع العمر لدى النساء على وجه الخصوص. وكان انتشار البدانة فى العقد الخامس أكثر من ضعف ما كان عليه فى العقد الثالث. وبالمثل كان انتشار البدانة فى الطبقات الأجتماعية الرابعة والخامسة ، أكثر من ضعف ما هو عليه فى الطبقات الأجتماعية الأولى والثانية والثالثة. وتتمثل الدلالة الأكلينيكية للبدانة فى تحديدها باعتبارها عامل خطورة لعدد كبير من المشكلات الطبية ؛ فالتوتر المفرط والزيادة فى نسبة الكلسترول فى الدم (١) وأمراض المرارة (٢) والتهاب عظام المفاصل (٣) والسكر أكثر شيوعا وأكثر خطورة لدى البدناء (Bray, 1976; National. Institute of Health, 1985) ويمكن للبدانة أن تؤدى إلى مخاطر أضافية بالنسبة للمدخنين أو للأشخاص أصحاب التاريخ الأسرى لأمراض الشرايين التاجية. وتنبع الدلالة النفسية للبدانة من النظرة الحضارية التى تعتبرها غير جذابة ومقللة من الشعبية ، وتؤدى إلى التمييز المهنى والطبى. وقد تبين دائماً أن صورة الذات ضعيفة لدى الأشخاص المتسمين بالبدانة .

تقييم دهون الجسم

يشير تعبير البدانة إلى زيادة فى دهون الجسم، وهى زيادة لا يمكن قياسها فى حد ذاتها. وهناك عدد من الأساليب المتاحة والمختلفة لتقدير الدهون، غير أن كل أسلوب منها يشوبه بعض القصور. وأسهل الطرق المستخدمة هى التى يتم فيها قياس الوزن ، والذى يتعين اجراؤه بميزان ذى رافعة وليس لولبًا . وعلى الرغم من ذلك فإن الوزن ليس مقياسًا مباشراً للسمنة ؛ حيث يتضمن كتلة الجسم غير الدهنية وبالتالى يتعين استخدام معادلة تحويل وكثيرا ما يستخدم أسلوب المقارنة بأوزان معيارية للأطوال المختلفة وفق المعايير العامة لجداول شركات التأمين الخاصة بالوزن المرغوب فيه، أى الأوزان المرتبطة بأدنى معدلات للوفيات (Metropolitan Life Insurance, 1983). ومن المعتاد فى حالة الأطفال المقارنة ببيانات معيارية للطول والوزن (Falkner, 1962). وتستخدم عديداً من المسوح الخاصة بدراسات الانتشار ، معدل الطول والوزن باعتباره مؤشراً لكتلة الجسم (٤) (Florey, 1970) وعندما يكون الطول (ط) مقاسا بالأمتار والوزن (و) مقاسا بالكيلو جرامات. فإن المعدل و/ط٢ يوفر تقديراً جيداً لسمنة الجسم، وتنطبق القيمة نفسها على الراشدين من الرجال والنساء. وتعد مستويات مؤشر كتلة الجسم (BMI) التى تزيد عن ٢٥ مؤشراً على زيادة فى الوزن، والتى تزيد عن ٣٠ تشير إلى البدانة. وتتضمن كل الإجراءات التى تعتمد على تقدير الوزن قصوراً ، يتمثل فى صعوبة إيجاد طريقة لأخذ بنية الجسم فى الاعتبار. وحتى جداول التأمين المنظمة وفق حجم محيط الجسم تتضمن فقط محكات عامة للقيام بمثل هذه الأحكام ، اعتمادا على المسافة بين المرفقين.

وهناك تقدير مباشر أكثر للسمنة يمكن الحصول عليه ، من خلال قياس مدى اكتناز ثنيات الجلد. وحيث يستخدم عمق الدهون اسفل الجلد بوصفه مؤشراً على إجمالى الدهون فى الجسم. ويوجد عدد من

(1) Hypercholesterolemia.
(2) Gall Bladder.
(3) Osteoartritis.
(4) Body Mass Index (BMI)

المواضع يمكن أخذ مثل هذه القياسات منها. وأكثرها شيوعاً هو عضلة مؤخرة الفخذ (١) والعضلة الثلاثية فى مؤخرة العضد (٢) ، ولوح الكتف (٣) وفوق الحرقفة (٤) ، ووحدات المعايرة المصممة خصيصاً لهذه القياسات متاحة، ويمكن استخدامها وفق تعليمات وإجراءات دقيقة للغاية. (Grimes and Franzini, 1977). ويمكن فى هذه الحالة مقارنة القياسات بجداول معيارية ، مثل تلك المشار إليها لدى دورين ومرسلى (Durin and womersley (1974 وعلى الرغم من ذلك ، فمن الصعب للغاية الحصول على قياسات موثوق فيها للمرضى الأكثر بدانة. وعادة ما يكون التقدير البسيط لمحيط الجسم (الخصر والأرداف) مفيداً بالقدر نفسه. وفى ضوء الملاحظات حول كون السمنة البطنية أو المركزية أكثر خطراً على الصحة على وجه الخصوص، فإن التقديرات الخاصة بتوزع الدهون تعد مفيدة بالمثل. ونسبة محيط الخصر إلى محيط الأرداف هى المستخدمة فى الوقت الراهن، وعندما تزيد النسبة عن واحد يكون ذلك مؤشراً على البدانة أو التكرش.

تقييم سلوك الأكل

تنشأ البدانة عن عدم توازن بين طاقة المدخلات وطاقة المخرجات، غير أنه طالما أن الجهود النظرية والعلاجية مكرسة على نطاق واسع على المدخلات ، أصبح يعتقد أن البدانة تنشأ عن إفراط فى تناول الطعام. ويرجع هذا الإفراط فى حد ذاته إلى عادات أكل خاطئة، وأخطاء فى ميكانيزمات الشبع. ويُعتقد أن الشخص البدين يأكل بنهم، ومرات كثيرة، وبسرعة كبيرة. وتعتمد التوقعات العلاجية السلوكية على وجهة النظر هذه (Mahoney, 1975) . وقد أمكن الحصول على الدليل الرئيسى لما يسمى «نمط أكل البدين» (٥) ، من خلال سلسلة من الدراسات المعملية (Schachter and Rodin, 1974) ، أجريت على طلاب جامعيين ، وطُور من خلالها مفهوم الخارجية (٦) . والخارجية أساساً عبارة عن حساسية مفرطة للمؤشرات الخارجية للأكل مختلطة بنقص فى الحساسية لمؤشرات الشبع الداخلية. ومن المعتقد أن هذا هو تفسير افراط البدين فى الطعام، وعلى الرغم من ذلك فإن البحوث الطبيعية على أنماط أكل البدناء غالبا ما فشلت تماما فى تأكيد هذه النتائج المعملية. فنوع الطعام وسرعة تناوله ومرات التناول نادراً ما ميزت بين مجموعات الأفراد البدناء والأسوياء (Kissileff et al., 1978) ، وبالتالى أصبح وجود نمط نوعى للأكل لدى الأشخاص البدناء موضع شك، ولا يمكن افتراض دلالة مرضية له. والنتيجة المستخلصة من تعدد مرات تناول الطعام هى أن الشخص البدين يأكل فى المتوسط قدرا لا يزيد عما يأكله نظيره صاحب الوزن العادى (Garrow, 1974; Braitman et al. 1985) ، ويتفق أغلب الباحثين الآن على أن الإفراط فى الأكل، بمعنى الأكل أكثر من المعتاد بالنسبة للمجموعة الاجتماعية لايمكن افتراض أنه سمة عامة لدى كل الأشخاص البدناء، وأحد الاحتمالات هو أن الطاقة الممتصة مرتفعة فى المرحلة النشطة، ولكن ما أن يستقر وزن الشخص حتى يهبط مقدار الطاقة الممتصة إلى المستويات السوية ، وتجتذب المكونات الغذائية فى حمية الأشخاص البدناء اهتماماً متزايداً فى ضوء الدلائل على أن الحمية تتضمن خطر أمراض الشرايين التاجية. والعديد من خصائص الحمية متضمنة فى مخاطر المرض بما فى

(1) Biceps.
(2) Triceps.
(3) Sub - Scapular.
(4) Supra - illiac.
(5) Obese Eating Style.
(6) Externality.

ذلك كمية الدهون التى يتم تناولها ومعدلات الدهون المهجنة (١) بالنسبة للدهون المتعددة غير المهجنة ، واستهلاك الأطعمة ذات الألياف والفواكه والخضرات والفيتامينات. وهناك بعض الدلائل – من حيث العلاقة بالوزن – على أن الاستهلاك المرتفع للدهون يؤدى إلى زيادة الوزن (Schutz et al., 1989) . ويصبح من الأمور المهمة – فى ضوء هذا – تقييم الحمية بصورة أكثر شمولاً ، وذلك باستخدام تحليل ليوميات الوجبات وسجل لتكرار مرات تناول الطعام. وفى أى من الحالتين يحتمل أن تصبح النصيحة التى يقدمها أخصائى التغذية جوهرية.

ويصبح تقيم الطاقة المدخلة، مع نمط تناول الطعام من القضايا ذات الأهمية العملية فى الموقف الأكلينيكى أكثر من كونها قضية تشخيصية، كما أن تقييما شاملا لاستهلاك الطعام ضرورى لتحديد ما إذا كانت هناك تغيرات يتعين إجراؤها وأين تُجرى. ومثاليا يتعين تسجيل كمية الطعام المستهلكة بواسطة ملاحظ خارجى، إلا إن القيام بذلك احتمال ضعيف. والأداة المناسبة للتقدير هى اليوميات التى تنظم عادة لتوفير معلومات حول الوقت، والمكان، وكمية الطعام وظروف الأكل. ويعرض الجدول رقم (١–٢٦) مثالاً لهذه اليوميات. وتعد السجلات الدقيقة لكمية الأكل/ الوزن شكل نموذجى من وجهة نظر أخصائى التغذية، إلا أن القليل من المرضى من هم على استعداد لأستخدامها. ومن المرجح أيضاً أن تكون استجابيتها عالية أى أن إجراءات القياس ستؤثر فى المعلمات التى يجرى قياسها.

ويمكن استخدام جداول السعرات الحرارية، وبعض التقديرات لكمية السعرات الحرارية ، اعتماداً على سجلات اليوميات إذا كان ذلك ضرورياً.

والنقد الأساسى الذى يوجه لملاحظة الشخص لذاته بوصفها طريقة للتقييم هى إمكانية الخداع، ويثور جدل حول أن الشخص البدين يأكل بطريقة لاشعورية وبالتالى لا يستطيع أن يسجل أكلاته. وهناك بالطبع عامل قوى متضمن للجاذبية الاجتماعية وكل الملاحظات الذاتية ، مهما كان نوعها ، ذات أثار استجابية. وعندما يكون هناك احتمال وجود شخص أخر يعيش مع المريض أو يأكل معه ، فيمكن الاستعانة به لتأكيد ما يذكره المريض فى سجل يومياته الخاص. ويعتمد الفشل أو النجاح فى هذا المسعى على وجود حليف علاجى يعمل مع كل من المريض والمعالج، وعلى ميزة وضوح التقارير الصحيحة للمريض. ويتعين بالمثل تقييم أنماط تناول الطعام ، ويتضمن هذا التقييم الإجابة على متى وأين يستهلك الطعام والظروف الخاصة بذلك (الحالات المزاجية والمواقف) ، والتى تشجع على الأكل. ويمكن الحصول على هذه المعلومات من السجلات اليومية على الرغم من تطوير بعض المقاييس السيكومترية. ويحاول الكثير من البدناء وكذلك أصحاب الوزن العادي تنظيم أساليب جديدة لتناول الطعام ، تتوافق مع القواعد المعرفية حول تجنب زيادة الوزن، والتى يطلق عليها قيود الحمية (٢) أو القيود الغذائية (Herman and Meck, 1975) ذات الدلالة فى بعض الأنماط غير السوية للأكل ، التى ترد فى تقارير الأشخاص البدناء (Hibscher and Herman, 1977; Wardle, 1988) ويذكر أيضًا أن الإفراط فى تناول الطعام أو الانفعالية فى تناوله تؤدى إلى وقف الكف الخاص بالقيود الغذائية ، وحيث تنطلق الحاجات الأكل القوية ؛ نتيجة للتوتر الناتج عن الإغراء. وفى ضوء الدور المحتمل لهذه القيود باعتبارها عنصراً سببياً للإفراط فى الطعام قد يكون من المهم قياس القيود الغذائية ، ويمكن ذلك باستخدام المقياس الأصلى للقيود(٣) (Polivy et al., 1978) أو باستخدام أحد الاستخبارات التى تتضمن مقياسًا لإعادة التدريب على الأكل.

(1) Saturated fat
(2) Dietary restraint.
(3) Original Restraint Scale.

جدول (١ – ٢٦) : نموذج تسجيل الوجبات .

الوقت	المكان/ والرفقة أو الصحبة	معدل الجوع	الطعام المستهلك	معدل الشبع

مثل استخبارعوامل الأكل الثلاثة (١)، أو الاستخبار الألمانى لسلوك الأكل (٢)(Van strien et al., 1986; Wardle, 1987 a) ومازالت المؤشرات الخارجية والانفعالية تقاس حتى الأن مبدئيا من خلال السجلات اليومية، غير أن كلاً من المقياس الألمانى لسلوك الأكل واستخبار عوامل الأكل الثلاثة يتضمنان مقاييس لتقدير ثلاثة مجالات للإفراط فى الطعام فى الحياة اليومية. وقد تكون هذه الطريقة عملية أكثر لتعرف نمط تناول الفرد للطعام.

الشـــــهية

إحدى وجهات النظر الشائعة هى أن البدناء يفشلون فى تعرف المؤشرات الداخلية للجوع والشبع، وبالتالى يكون تناولهم للطعام غير محكوم بالميكانيزمات السوية (Schachter and Robin, 1974) وتوفر البحوث المبكرة دعمًا لهذه الوجهة من النظر (Stunkard and Fox, 1971). إلا أن سلسلة التجارب المتازة التى قامت بها وولى Wooley وزملاؤها أوضحت أن القليل من الأفراد ودون اعتبار لوزنهم هم الحساسون للسعرات الحرارية المتضمنة فى الأكل الذى يأكلونه (Wooley and Wooley, 1975). وقد فشلت تقديرات الإحساس بالامتلاء بعد تناول الطعام. والشعور بالجوع فى الأوقات المختلفة بعد الأكل، وكمية الطعام التى أستهلكت فى الوجبة التالية فى التميز بين كمية السعرات المرتفعة والمنخفضة ، التى تم استهلاكها سواء لدى المفحوصين البدناء أو الأسوياء. وكان الاستثناء الوحيد هو الاستجابة اللعابية للأطعمة ذات المذاق ، والتى ظلت مرتفعة لدى المفحوصين البدناء بعد شبع المفحوصين من ذوى الأوزان السوية. (Wooley et al., 1975) وعلى الرغم من ذلك فقد فشلت هذه الدراسة بالمثل فى ضبط تأثير القيود الغذائية ، وعندما وضعت هذه القيود فى الاعتبار، أظهرت النتائج أن الملتزمين بحمية معينة من أصحاب كل الأوزان كانت استجاباتهم اللعابية غير سوية ، بما يوحى بأن القيود الغذائية يمكن أن تؤدى إلى اضطراب ميكانيزمات الشهية (Klajner et al., 1981)

ودائمًا ما يذكر أصحاب صعوبات التحكم فى أكلهم التهافت على الطعام ، أو على طعام معين. ويحتمل أن يكون التهافت على الشيكولاته هو الأكثر انتشاراً والذى فُسر فى بعض الأحيان فى إطار السلوك الإدمانى. وإذا ذكر الشخص تهافتًا على الطعام ، وكان ذلك مصدراً لمشكلة ، فيتعين فى هذه

(1) Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)
(2) The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ).

الحالة تسجيله بطريقة منظمة فى نموذج التسجيل. ويتعين أن تتجه الجهود العلاجية نحو تطوير استجابات شهية توافقية. وبالتالى يجب الدعوة لتقييم بعض متغيرات الشهية ، وأكثر الأساليب التقليدية المتبعة فى هذا الشأن هى أن يتم إضافة تقديرات الجوع والامتلاء لسجلات تناول الطعام (أنظر جدول ١- ٢٦)، بالإضافة إلى ضرورة الحصول على تقييم تفصيلى . لمدى إدراك المريض للإحساسات الداخلية بالجوع ، وذلك باستخدام بطارية لأعراض الجوع مثل تلك التى صممها جارفينكل (Garfinkel (1974)

استهلاك الطاقة

على العكس من استهلاك الطعام، حظى استهلاك الطاقة بعناية قليلة فى التراث العلاجى. ويستخدم القدر الأكبر من الطاقة المكتسبة فى تجديد عمليات الأيض (الهدم والبناء) إلى حد بعيد مثل تنظيم الحرارة، وفى النشاط العضلى الذى يحصل على نصيب يقل عن ثلث كمية الطاقة لدى الراشدين الأسوياء. وتشير المقارنات التى أجريت فى الماضى بين البدناء والأسوياء إلى احتمال أن تكون معدلات الأيض أقل لدى البدناء، ولدى أولئك الذين يحدون من استهلاكهم للطعام على وجه الخصوص (Bray, 1969) ، كما ذُكر أيضًا أن الأشخاص البدناء ، ربما يفتقدون للوسائل الأيضية لإحراق الكمية الزائدة من الطعام المستهلك، أى الحمية الباعثة للحرارة (Shetty et al., 1981). وقد وجدت معدلات أيضية مرتبطة باكتساب الوزن الكبير ، خلال عمليات المتابعة (Ravussin et al., 1988) وعلى الرغم من ذلك، توصلت إحدى الدراسات القليلة ، التى أجريت حول استهلاك الطاقة على المدى الطويل لدى الجمهور العام، إلى أن البدناء منهم كانوا من أصحاب المعدلات الأيضية الأعلى ، وليس الأقل (Prentice et al., 1986)

وتقيم مستويات النشاط البدنى باستخدام مقاييس المشي [٢] والأفلام والملاحظة المباشرة، والتقارير الذاتية ؛ بهدف المقارنة بين مستويات استهلاك الطاقة. من ناحية أخرى أوحت البحوث أن البدناء (سواء راشدين أو أطفال) أقل نشاطاً بمقدار ضئيل من أصحاب الوزن العادى (Johnson et al., 1956; stunkard, 1958; Stefanik et al., 1959; Griffiths and Payne, 1976). وعلى الرغم من ذلك ، يصعب الخروج باستنتاجات حول العمليات السببية من هذه الدراسات ؛ حيث لا يمكن أن يكون النشاط الأقل سببا للبدانة، بل قد يكون نتيجة للزيادة فى الوزن، أو القيود الغذائية ، التى كثيرًا ما يتقيد بها المفحوصون من أصحاب الوزن الزائد ، ولا تستمد مقاييس النشاط قيمتها من الأسئلة المثارة حول أسباب البدانة، بل من قيمتها فى وضع أهداف التدخل.

ويتعين أن يغطى التقييم – من حيث المبدأ – كل جوانب توازن الطاقة ، إلا أن هذا نادرا ما يكون عمليًا، ولا يتم تقييم العمليات الأيضية روتينيًا لسببين : الأول هو أن أساليب التقييم شديدة التخصصية، والثانى هو أن النشاط الأيضى لم يصبح بعد هدفًا مناسبًا للتدخلات العلاجية. ويمكن قياس مستويات النشاط بصورة مفيدة، ويمكن تضمينها فى الأهداف العلاجية. وقد تم تطوير عدد من الطرق لتقييم مستويات النشاط (La Porte, 1989). وأكثر الأساليب المستخدمة فى الموقف الأكلينيكى هى التقارير الذاتية، أو إذا أمكن من خلال تقارير ملاحظ آخر، كما يستخدم أيضًا نموذج تسجيل اليوميات، وحيث تسجل الأنشطة فى عمود ، وتسجل فترة النشاط والمواقف فى أعمدة أخرى. وتحول عدم دقة المقاييس دون ترجمة ذلك إلى مخرجات فى صورة سعرات حرارية ، هذا على الرغم من إمكان إجراء حسابات تقريبية

(1) Metabolism.
(2) Pedometer.

بناء على الجداول المتاحة لذلك (Brownell and stunkard, 1980) . كما يمكن استخدام مقياس المشى ؛ لتوفير مؤشر غير دقيق أيضًا للنشاط ، وأخيرًا، يمكن إجراء قياس للياقة البدنية [١] ، يعتمد على استجابة نبض القلب لنشاط بدنى معين على الرغم من ضرورة أن يتم ذلك تحت إشراف طبى. ويمكن للتغيرات فى مستوى اللياقة أن تخدم فى دعم برامج النشاط.

صورة الجسم

لا تعد البدانة مشكلة طبية فقط، بل مشكلة نفسية وشخصية أيضًا. وتتطلب المعايير الجمالية المثالية فى الحضارة الغربية حدًا أدنى من دهون الجسم، لدى النساء على وجه الخصوص. ولهذا ينظر إلى البدناء على أنهم غير جذابون بدنيًا ، إضافة إلى اعتبارهم مسئولين عن عدم جاذبيتهم، ويؤدى ذلك إلى السخرية وانخفاض الشعبية ، بالإضافة إلى تمييز واضح فى التعليم والمجال الوظيفى (Allon, 1982) وبالتالى، فمما لايثير الدهشة أن نتبين أن الأشخاص ذوى الوزن الزائد لديهم صورة جسمية سلبية (Jourard and Secord, 1955)، وتقدير ذات [٢] منخفض (Monello and Mayer, 1963). وتوجد دلائل أيضًا على أن صورة الذات لديهم غير سليمة ، وأنهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أضخم مما هم عليه بالفعل ، بالإضافة إلى عدم رضائهم عن مظهرهم (Pearlson et al., 1981) ويمكن استخدام مقاييس مقننة لقياس تقدير الذات (Rosenberg, 1965) ، ويقاس إدراك صورة الجسم وحجم الجسم دائمًا باساليب محكية [٣] على الرغم من أن الحرص فى استخدام اساليب القياس يمكن أن يسمح بمقارنات مع البيانات المنشورة. ويستخدم أسلوب أبسط لتقدير الرضا بصورة الجسم ، من خلال تقديرات بسيطة للجاذبية من قائمة ، تتضمن أجزاء الجسم. وبينما لم يصمم استخبار الهيئة الجسمية [٤] للبدناء (Cooper et al., 1987) غير إنه من الممكن استخدامه للحصول على تقييم كمى لمقدار الرضا. وتتزايد أساليب تقييم حجم الجسم، وتقدم تفاصيلها فى القسم الخاص بتقييم فقدان الشهية العصبى. ويكتسب كل من هذه العوامل قيمته البارزة من الأحكام الأكلينيكية بالنسبة للحالة الفردية. وعلى الرغم من ذلك من الحكمة أن نضع فى اعتبارنا حقيقة أن الأساليب السلوكية نادرًا ما تحقق خفضًا فى الوزن، وبالتالى يصبح التحسن فى صورة الجسم وتقدير الذات مكونًا مهمًا فى النجاح العلاجى.

فحص فقدان الشهية العصبى

ينتشر فقدان الشهية العصبى بشكل غير متساوٍ بين الجنسين، وبفروق حادة أكثر مما يوجد فى حالة البدانة ، فأقل من ١٠ فى المائة من فاقدى الشهية ذكور. وتشير الدراسات الوبائية لنسب انتشار تتراوح بين ١، ٦ لكل مائة ألف (King, 1989; Hoek, 1991) والخاصية الأساسية فى فقدان الشهية العصبى هى شنوذ الوزن. وبينما تشير البدانة إلى محددات بيولوجية، فإن فقدان الشهية العصبى يتضمن مجموعة من الأعراض. وهناك تباين فى هذه الأعراض وتحديداتها الدقيقة ، إلا أن هناك أتفاقًا على وجود خصائص بدنية ونفسية محددة ، يصفها رسل Russell فى الآتى : (أ) سلوك يؤدى إلى فقدان ملحوظ للوزن (ب) خوف من زيادة الوزن (هـ) اضطراب فى صورة الجسم (ى) انقطاع الدورة

(1) Fitness.
(2) Self - esteem.
(3) Idiographic.
(4) Body Shape Questionnaire.

الشهرية. ويتطلب اكتمال التشخيص عدم وجود أية حالة طبية أو سيكايترية يمكن أن تكون مسئولة عن الأعراض، هذا على الرغم من الاضطراب النفسى المتزامن مع الحالة وبالأخص الاكتئاب ، الذى لايعد من الأمور غير الشائعة فيه. ولا يؤدى تعريف فقدان الشهية العصبى بصفة عامة إلى اضفاء تشخيص يعتبرها مشكلة تحتاج إلى متخصصين فى الصحة العقلية على الرغم من احتياجها –د ون شك – لمستوى أولى من الرعاية فى بعض الاحيان. وعلى الرغم من ذلك ، فالاضطراب معقد ويتباين بشدة بين المرضى، ويعد الوصف الدقيق له وتكميم السلوك والاتجاهات الخاصة بكل مريض من الأمور الجوهرية فيه. ويوجد فى هذا الاضطراب عدد أخر من الخصائص، بالإضافة إلى تلك المتغيرات المرتبطة مباشرة بالوزن والأكل، مثل :الخوف من زيادة الوزن، وتجنب النشويات، والتقدير المبالغ فيه لحجم الجسم، وهى متغيرات تتضمن الخوف من الكبر (Crisp, 1970)، وشعور مقاوم بعدم الفعالية (Bruch, 1973) والرغبة فى الكمال (Halmi et al., 1977; Slade, 1982) ودافعية متزايدة للإنجاز (Dallyand Gomez, 1979) ومشكلات أسرية (Minuchin et al., 1978) وأعراض مرضية مشتركة (انظر : Helmi et al., 1991) وهى متغيرات ، يتعين تقييمها من حيث علاقتها بالاكتئاب واضطراب الوسواس القهرى وتعاطى المخدرات.

وقد أصبح من المقبول الآن القول أن هناك أكثر من نمط فرعى لفقدان الشهية العصبى : فقدان الشهية التقييدى(١) وحيث يتحقق تحكم أو ضبط للوزن بشكل كامل من خلال القيود الغذائية، وفقدان الشهية الشرهى(٢) وحيث تؤكل كميات كبيرة من الطعام مع تجنب الآثار الدهنية من خلال التقيؤ أو تعاطى كميات كبيرة من الملينات(٣) . ويحتمل أن يكون فقدان الشهية الشرهى نمط فرعى لفقدان الشهية (Casper et al., 1980) أو إنه يعكس مرحلة مختلفة من مرض فقدان الشهية (Dally and Gomez, 1979) . وهناك بعض الدلائل على وجود فروق فى الشخصية ، وفى الخصائص النفسية المرضية والمترتبات بين مرضى الفقدان التقييدى والفقدان الشرهى للشهية (Casper et al., Op. Cit; Garfinkel et al., 1980) والمآل المرضى أفضل بالنسبة لمرضى فقدان الشهية التقييدى ، الذين عادة ما يكونون أحدث سنا، وأقل اجتماعية، ولديهم خبرة جنسية من خلال برامج التدبر. ويتعلق التمييز بين فقدان الشهية الشرهى وفقدان الشهية العصبى ، من وجهة النظر التشخيصية بالوزن أساساً، ويعترف أغلب الباحثون بوجود منطقة تداخل بين هاتين الحالتين (Fairburn, 1983; Fairburn and Garner, 1986) .

وهناك دلائل وفيرة على وجود اضطرابات فى الوظائف البيولوجية، ودلائل على تغيرات كبيرة عصبية – هرمونية (٤) وفسيولوجية لدى مرضى فقدان الشهية العصبى (Morley and Blundell, 1988; Fava et al., 1989; Turner and Shapiro, 1992) . وقد يكون بعض هذه الاضطرابات نشأ تاليا لها، أو قبلها مثل الانخفاض الحاد فى الوزن، ويحتمل أن يكون البعض الأخر استجابة لسوء التغذية والهزال. وتميل هذه الاضطرابات للشفاء والاختفاء عند زيادة الوزن (Beumont et al., 1976) وهناك أيضاً تعقيدات أخرى تتعلق بشرايين القلب أو تعقيدات عضوية كيميائية ومعوية عصبية ، يمكن أن تنتج عن الطرق المتبعة للتحكم فى الوزن ، أو نتيجة للإجراءات العلاجية النشطة لاستعادة الوزن. وقد

(1) Restrictive anorexia.
(2) Bulimic anorexia.
(3) Laxatives.
(4) Neuro - endocrine.

تكون آثار الاضطراب قاتلة، وتصل معدلات الوفيات منه إلى ٢١ فى المئة (Steinhausen and Glanville, 1983). وبالتالى يعد تقييم مرضى فقدان الشهية العصبى أحد المجالات ، التى تتطلب تعاونًا وثيقًا بين الخبراء الطبيين والسلوكيين.

الــــــوزن

تعد المراجعة المنتظمة للوزن أمرًا جوهريًا فى العلاج ، ولكنها تطرح عددًا من المشكلات العملية، فقد يحاول المرضى تضليل المعالج بإخفاء أشياء ثقيلة الوزن فى ثيابهم ؛ لكى يبينوا أن وزنهم قد تزايد، لذا يتعين التحقق من ذلك. يضاف إلى ذلك أن الزيادة فى الوزن دائمًا ما تتضمن جوانب انفعالية ؛ مما يتطلب توفير وقت لمناقشة هذه الجوانب.

سـلوك الأكــل

ما من شك فى أن طعام مرضى فقدان الشهية غير سوى ؛ إذ لا تنقصه السعرات الحرارية اللازمة فقط، بل يفتقد إلى الكربوهيدرات والدهون على وجه الخصوص. ويفضل الكثيرون من فاقدى الشهية تناول الطعام بمفردهم، ويتجنبون تناوله مع أفراد الأسرة أو فى الحفلات والمناسبات الاجتماعية الأخرى ، التى تتضمن تناول الطعام على الرغم من التناقض الزائف فى كون بعضهم شديد الشغف بإعداد الطعام وتقديمه للآخرين.

ويعتمد اختيار أسلوب التقييم المناسب جزئيًا على الموقف العلاجى. ويسمح موقف علاج المرضى الداخليين بملاحظات لصيقة ومستمرة لسلوك المريض ، وبالتالى يوفر بيانات تتسم بالموضوعية ، ولكن فى ظروف غير طبيعية. وفى حالة المرضى الخارجيين تعتمد مراقبة السلوك دائمًا على التقرير الذاتى كائنًا ما يكون نوعه، ما لم يكن المريض تحت إشراف مباشر من أحد أفراد الأسرة. وقد طُور عدد من المقاييس المقننة أساساً فى المواقف البحثية ، وإن كانت توفر نقطة بداية للفحوص الأكلينيكية. وقدم سليد Slade (1973) مقياسًا لأستخدام فريق الجناح بالمستشفى ؛ لتحديد ممارسات تناول الطعام، وأساليب التخلص من الطعام والأنشطة الأخرى المصاحبة.

واعتمادًا على التمييز بين الوجود والغياب ، أمكن التحقق من صدق هذا المقياس فى إطار التشخيص، غير أنه قد يكون من الممكن أيضًا استخدامه لملاحظة التغيرات.

ويوجد مقياس للتقدير الذاتى للأعراض والسلوك للاستخدام مع المرضى الخارجيين ، وهو اختبار اتجاهات الأكل(١) الذى طوره جارنر وجارفينكل وهو يساعد على تحديد المجالات النوعية للمشكلات ويستخدم لأغراض العلاج بالإضافة إلى توفيره تقدير كمى لدرجة شدة المشكلات (Garner and Garfinkel, 1979)، وتوفر بطارية اضطرابات الأكل(٢) (Garner, 1991) تحديدًا تفصيليًا أكبر للأبعاد النفسية المفترض مسئوليتها. وهى تتكون من ثمانية مقاييس فرعية للاتجاهات : الدافع للنحافة، فقدان الشهية، الكمال، عدم الرضا بالجسم ، عدم الفعالية ، الكدر، الوعى الاستبطانى، ومخاوف النضج والكبر أو الهرم وللبطارية معايير لحالة فقدان الشهية التقييدية بالإضافة إلى مقارنات بين مجموعات سوية من الذكور والإناث. وتوفر المقابلات واستخبارات التقييم السابقة تقارير ذاتية حول الأكل والشهية، إلا أن بعض التقارير الدائمة عادة ما تكون مطلوبة فى المواقف الأكلينيكية. ويعد النموذج المعتاد للتقرير الذاتى

---

(1) The Eating Attitudes Test (EAT).

(2) Eating Disorder Inventory (EDI).

بمثابة اليوميات التى يسجل فيها وقت ومكان وكمية ونوع الطعام الذى يؤكل، وإضافة عمود فى النموذج لتسجيل القئ العمدى أو استخدام المليات وأشكال السلوك ، التى عادة ما يعتبرها المرضى مشينة لهم على وجه الخصوص يمكن أن يشجعهم على الكشف عنها. ومدى صدق هذه السجلات يتهدده بالطبع التناقض الوجدانى ، الذى يستشعره الكثير من المرضى فيما يخص التعاون العلاجى، وبالتالى فإن التأكيد المستمر على أهمية مراعاة الدقة جوهرى ، إلى جانب التأكيد من مصادر خارجية ، كلما كان ذلك ممكنًا.

الشهية

افترض فى وقت ما أن فقدان مرضي فقدان الشهية للوزن يعكس فقدانهم للشهية ، ومن هنا جاء اسم فقدان الشهية Anorexia والذى يعنى غياب الشهية ، وعلى الرغم من ذلك فقد أشارت نتائج البحوث الأكلينيكية إلى أن الشهية للأكل يمكن أن تظل على ما هى عليه، وأن الحد من تناول الطعام يرجع للإرادة(Garfinkel, 1974) وتوحى البحوث المبكرة لفقدان الشهية العصبى فى المواقف المعملية أن فاقدى الشهية كانوا أقل حساسية ، بالمقارنة بأصحاب الوزن العادى ، فيما يتعلق بإحساسهم الداخلى بالجوع (Coddington and Bruch, 1970). وقد وجد كل من وارد واوجدن Ward and ogden (1989) وهالمى وزملائه Halmi et al., (1989) معدلات أقل للجوع. ويبدو أن الشذوذ فى الإحساس بالشبع من الأمور المستقرة (Halmi et al., op. Cit.). وتشير التقارير الأكلينيكية إلى أن فاقدى الشهية يشعرون بألم الانتفاخ وزيادة فى الوزن بعد الأكل (Garfinkel, Op. Cit.) ، وهناك بعض الدلائل أيضًا على شذوذ فى الشعور بالشبع ظهر فى تجربة كابانك ودولوكس Cabanac and Duclaux (1979) للنفور[1] باستخدام السكر (السكاروز) [2] ، فقد أظهر المفحوصون الأسوياء نفوراً نسبياً عند تذوق السكروز بعد حقنهم به، على العكس من البدناء وفاقدى الشهية (Garfinkel et al., 1978; Wooley et al., 1975) ويوحى التشابه بين البدناء وفاقدى الشهية فى هذه الاستجابة بإمكان تفسيرها مرة أخرى ، باعتبارها مترتبة على القيود الغذائية. ويتعين أن يكون تقييم الجوع وكذلك إلحاح الرغبة فى الأكل ، واشتياقه جزءاً من الفحص الأكلينيكى لكل مريض. وقد يكون من الملائم إضافة مقاييس تقدير لهذه الخصائص المتعلقة بالشهية لنموذج تسجيل الأكل.

النشاط

يعد الإفراط فى النشاط وسيلة أخرى يلجأ اليها فاقدو الشهية لفقد الوزن ، وهو نشاط يمكن أن يقوم به الأسوياء من الرجال والنساء (Yates, 1991) والتغيرات فى الاتجاهات الاجتماعية الخاصة بممارسة الرياضة يمكن أن تؤثر فى الأحكام الخاصة بمدى شذوذ هذا السلوك بالنسبة لفاقدى الشهية. وعلى الرغم من ذلك يتعين تعرف مقدار الوقت ، الذى ينفق فى ممارسة الرياضة النشطة ، ومرة أخرى سيكون ذلك من الأمور التى يجب على فريق الجناح ملاحظتها بالنسبة للمرضى الداخليين، كما يمكن الاعتماد فى معرفتها على سجل اليوميات فى حالة المرضى الخارجيين.

صورة الجسم

من الأمور المثيرة للدهشة ذلك التناقض بين المظهر الهزيل لمرضى فقدان الشهية وما يقررونه عن أنهم بدناء. وترى برش Bruch (1962) من خلال ملاحظاتها الأكلينيكية أن مرضى فقدان الشهية لديهم

(1) Aversion.
(2) Sucrose.

اضطراب فى صورة الجسم. وقد ذكر سليد ورسل Slade and Russell أول محاولة نظامية ، تمت فى عام ١٩٧٣ لدراسة هذه النقطة باستخدام التقديرات الخاصة ، باستقامة عرض الجسم فى أربعة أجزاء منه. وقد أوضحا أن مرضى فقدان الشهية يبالغون بشكل ملحوظ فى تقدير حجم أجسامهم. وقد أيدت الدراسات التالية ، التى استخدمت أساليب تقدير أخرى متنوعة لحجم الجسم هذه النتائج (Garner et al., 1976; Pierloot and Houben, 1978) وعلي الرغم من أن النساء في العينة الضابطة للدراسة الأصلية كن دقيقات فى تقديراتهن لحجم اجسامهن، إلا أن هذه الدقة لم تتأيد فى الدراسات التالية. وقد وُجد أن النساء السويات يبالغن أيضًا فى تقدير حجم أجسامهن ، بالدرجة نفسها التى توجد لدى مرضى فقدان الشهية (Button et al., 1977) . وقد أثر تضاؤل الفروق بين مرضى فقدان الشهية والأسوياء من النساء على الدلالة النظرية لتشوه صورة الجسم، غير أن النماذج الحديثة حول فقدان الشهية تغلبت على هذه المشكلة ، من خلال دمج هذه التقديرات المبالغ فيها فى التغير ، باعتبارها من الشروط العديدة ، التى تؤدى إلى حدوث فقدان الشهية العصبى (Garfinkel and Garner, 1982; Slade, 1982)

وأفضل وصف للوضع الراهن المتعلق بالمبالغة فى حجم الجسم فى فقدان الشهية هو أنه أمر بارز ولكنه ليس خاصية نوعية للحالة. وعادة ما يكون من المهم فى الموقف العلاجى تقييم درجة المبالغة فى تقدير حجم الجسم، حيث دائمًا ما يكون المرضى أنفسهم غير واعين بها. وقد طورت أساليب تقييم عديدة لتقدير حـجم الجـسم بما فى ذلك أسلوب الأضـواء المتـحـركـة (١) (Slade and Russell, 1973) والمرايا التشويهية (٢) (Shipman and Sohlkan, 1967) والصور التشويهية (٣) (Garner et al., 1976). ويعتمد ثبات أى من هذه الأدوات على مدى اتساق التعليمات المقدمة للمفحوص، وربما يكون أكثر الأساليب شيوعًا وسهولة هو أسلوب رسل وسليد،الذى يعتمد فقط على تحديد نقطتى ضوء يمكن تحريكهما ؛ ليقتربا أو يتباعدا عن بعضها، ويقاس عرض الجسم وفق معايير قياسية ، ثم يقارن بالعرض المدرك للوصول إلى مؤشر للمبالغة فى التقييم (Slade and Russell, op. cit)

ويتضمن أسلوب أخر لتقدير صورة الجسم تقدير المريضة لرأيها فى الوزن والحجم النموذجيين، ومقارنة ذلك بوزنها الصحى. ويتم الحصول على الوزن الصحى باعتباره وزنها قبل المرض، أو إذا كانت هناك فترة خلال مراهقتها ، كان نموها فيها كاملا دون الالتزام بحمية. وعند الفشل فى استخدام أى من هاتين الطريقتين ، يمكن اللجوء لتحديد الوزن الصحى ، من خلال استخدام الوزن المرغوب فيه فى ضوء معايير الطول مثال ذلك المعمول به فى جداول شركات التأمين Metro Life Insurance Company (1983) ويوفر الفرق بين فكرة المريضة عن وزنها النموذجي ووزنها الصحى بعض المؤشرات ، حول سوء إدراك حجم الجسم.

وأخيرا يمكن استخدام الأدوات السيكومترية ، مثل : استخبار شكل الجسم(٤) (Coper et al., 1987) أو المقياس الفرعى لعدم الرضا بالجسم فى بطارية اضطرابات الأكل (Garner, 1991) للحصول على تقدير كمى لعدم الرضا.

(1) Moving Lights.
(2) Distorting mirrors.
(3) Distorting photographs.
(4) Body Shape Questionnaire.

فحص الشره العصبي

الشره العصبي(١) هو الحالة الوحيدة من بين ثلاث حالات ، يتضمنها هذا الفصل هي التي تعد بالأحرى اضطرابًا في الأكل ، وليس في الوزن. وهو يتسم بنوبات من النهم ، عادة ماتتبعها عملية اعادة التخلص من الطعام بوسيلة ما مثل القئ العمدى أو الإفراط فى استخدام الملينات. وعادة ما يكون تناول الطعام فى الفترات بين النوبات مقيدا . وتُذكر هذه الممارسة للإفراط فى الطعام والتخلص منه بعد ذلك بطقوس النهم الرومانية، وهى تبدو مستقرة لدى بعض الفئات الفرعة من مرضى فقدان الشهية العصبى (Beumont et al., 1976) ، ولكنها عُرفت فى فترة أحدث لدى نساء من صاحبات الوزن العادى. وقد استخدمت فى الماضى مجموعة متنوعة من المسميات لهذه الحالة ، من بينها «زملة التشوش الغذائى»(٢) (Palmer, 1979) والأكل القهرى(٣). إلا أن رسل (Russell (1979 هو الذى صك تعبير الشره العصبى ، عندما وصف مجموعة من ثلاثين مريضًا ، كانوا منشغلين بالطعام، وبالخوف من السمنة ممن كانوا يستبدلون النهم والتقيؤ بالقيود الغذائية. وقد أعتبر أن هذه الحالة تتضمن نذرًا متنوعة لفقدان الشهية العصبى. وكان لدى أغلبية المرضى (٢٤ حالة من الثلاثين)، والأغلبية فى مجموعات أخرى أيضًا، تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى فى أقصى مداه ، أو فى صورته الواهنة. وقد تبين أيضًا وجود صلة بين النهم والأكل بين نساء سويات أيضًا (Wardle, 1980) ، وهناك احتمال أن القيود الغذائية تلعب دوراً مهمًا فى أسباب المرض فى حالة الشره (Wardle and Beinart, 1981) ، وتوحى الدلائل المتاحة أن الشره العصبى حالة شائعة. وقد تلقى فيربورن وكوبر (.Fairburn and Cooper (Op. Cit أكثر من ١٠٠٠ استجابة لإعلان ، يطلب معلومات من النساء اللاتى يلجئن إلى القئ كوسيلة للتحكم فى الوزن، كما تشير الدراسات المسحية على طلاب جامعيين إلى مؤشرات انتشار تدور حول ١٣ فى المائة (Halmi et al., 1981) وهناك تقديرات للمعدلات فى المواقف الأكلينيكية بناء على التشخيص وفقا لمحكات الدليل التشخيصى والأحصائى الثالث DSM-III فى عيادة جامعية ، قام بها ستانجلر وبرنتز Stangler and Printz (1980) تبلغ ١ر١٥ فى المئة بين النساء المريضات ، التى شخصن على أنهن يعانين من شره عصبى.

ومن المتفق عليه الآن أن محكات الدليل التشخيصى الثالث قد تكون شاملة بقدر مبالغ فيه، وعلى الرغم من ذلك يقدر انتشار الشره العصبى فى أكمل صورة بمعدل ، يصل إلى ٨ من كل ١٠٠,٠٠٠ (Hoek, 1991) والتداخل واضح بين الشره العصبى وفقدان الشهية العصبى فى الكثير من الخصائص المتعلقة بالاتجاهات نحو الطعام والوزن ، الذى يعبر عنه المريض فى كلتا المجموعتين. ويوفر الدليل التشخيصى الثالث المعدل تشخيصًا فارقًا ، يقوم على نظام تدرجي واضح ، بمعنى أن استخدام تعبير شره عصبى يعتمد على استبعاد فقدان الشهية العصبى ، ويقترح التراث البحثى البريطانى نموذجا تدريجيا ضمنيا. وجوهريا فإن ذلك يعنى أن المريض الذى يخشى السمنة واضطراب الأكل ، هو الذى يمكن أن ينطبق عليه تشخيص فقدان الشهية العصبى (النمط الشره) (٤) ، وذلك عندما يكون وزنه منخفضًا. ويشخص على أنه حالة شره عصبى إذا كان سوى الوزن. والمريض ذو الوزن الزائد من أصحاب هذا الاضطراب يمكن أن يثير مشكلة صغيرة فى تشخيصه ؛ حيث إن السمنة أو البدانة ليست

(1) Bulimia nervosa.
(2) Dietary Choas Syndrome.
(3) Compulsive eating.
(4) Bulimic type.

بمثابة تشخيص سيكايترى وبالتالى لا يوجد استبعاد متبادل. وعلى الرغم من ذلك فهناك خطورة تتمثل فى عدم تشخيص الشره لدى المرضى البدناء إذا تغلب الاعتقاد الشعبى (الزائف) حول أن النمط البدين لديه قهر للأكل.

وتؤكد النظريات الخاصة بأسباب المرض فى الشره العصبى على أن المريض يحاول مجاراة الأفكار الحضارية المتعلقة بالنحافة ، والتى تؤدى إلى تناول قدر لا بأس من الطعام ، مع المحافظة على وزن أقل من المستويات البيولوجية المناسبة (Garner et al., 1980; Wardle and Beinart, 1981; Slade, 1982) . وقد يستمر ذلك لفترة ما ، ولكن فجأة تؤدى ضغوط مجموعة العوامل النفسية والفسيولوجية المجتمعة للأكل إلى كسر القيود، يتبع ذلك شعور بالذنب وعودة للتقييد ، ثم نهم أكبر وأشمل. وتشير التقارير الأكلينيكية إلى أن النهم يحدث أكثر فى أوقات الملل والقلق والاكتئاب، والوحدة والإعزاء (Johnson and Larson, 1982; Abraham and Beumont, 1982) حتى بعد تناول كمية قليلة من «الأطعمة المحرمة». وتتماثل هذه الظروف إلى حد كبير مع الفشل فى التنظيم الذى يلاحظ لدى من يأكلون بطريقة سوية فى الدراسات المعلمية (Herman, 1980) ، وبما يوحى أن الميكانيزمات قد تكون متشابهة.

وعندما يوجد قئ وتخلص من الطعام ، فغالبًا ما يكونا قد تطورا بعد استقرار العادات الغذائية. ويذكر المرضى أنهم تعلموا القئ من البحوث المنشورة حول فقدان الشهية والشره، ومن الأصدقاء ومن المعالجين (Chiodo and Latimer, 1983). وعادة ما ينظر المريض إلى القيئ واعادة التخلص من الطعام باعتباره حلاً مؤقتًا ، يمكن استخدامه إلى أن يتم إعادة التحكم، والواقع أن العكس هو الذى يحدث إذا يتزايد مقدار النهم وتكراره بعد بدء اللجوء إلى القيئ. ويتضمن التقيؤ عددًا من المخاطر الصحية ، بالإضافة إلى أنه مصدر للخزى والقلق لأغلب المرضى. ويبدو أن مواصلة الأكل بطريقة غير سوية يأتى تاليا للأكل المستقل عن الآخرين ثم الشره والقئ ، وتعتمد كل أساليب العلاج على التحكم الصريح فى واحد أو أكثر من هذه المكونات.

وتقييم المرضى أصحاب هذا النمط من أضطرابات الأكل يشبه جوهريا طريقة تقييم مرضى فقدان الشهية العصبى : صورة الجسم، الوزن، الشهية، والطعام المستهلك. وجميعها مجالات ذات أهمية وتتعلق الفروق الأساسية بالخصائص المحورية بهذا النمط، ومكونات الطعام وظروف تناوله وذلك بهدف تحديد عدم السواء فى الأكل والتحكم فيه.

وتوفر المقابلات المقننة لاضطرابات الأكل طريقة مفيدة لجمع معلومات نظامية، وبالجمع بينها وبين بعض المقاييس السيكومترية ، يحتمل أن يتوفر أفضل أسلوب للتقييم ، ويتضمن اختبار كوبر وفيربورن Cooper and Fairburn لإضطراب الأكل(1) ٦٢ بندًا، صممت لقياس الشره العصبى(Cooper and Fairburn, 1987) ، وعادة ما يصنف مرضى الشره إلى فئتين : النهم والتحكم فى الأكل. والمرضى يمكنهم أن يذكروا ما إذا كانت بعض النوبات المعينة كانت نهمًا أم لا. والمقارنة بين الأكل بنهم والأكل العادى تكشف عن فروق فى الظروف وفى الكمية والنوع ، بالإضافة إلى التوقيت. وتميل نوبات الشره لأن تتضمن أطعمة ومشروبات ذات سعرات حرارية مرتفعة بكميات كبيرة تستهلك على انفراد، وعادة ، ماتتوقف بانتهاء الكمية ، أو بالشعور الحاد بعدم الراحة. ثم يتلوها دائمًا قئ أو استخدام

---

(1) Eating Disorder Examination (EDE).

للملينات، ويتضمن الأكل غير النهم من جانب أخر كميات قليلة، وأطعمة ومشروبات ذات سعرات حرارية منخفضة تؤكل علانية. وتساعد هذه الخصائص على تحديد طبيعية النهم، غير أن التعريف الموضوعى له من الأمور المحيرة؛ إذ يشير المرضى فى تقاريرهم إلى أن الخاصية المحورية فى النهم هى الإطار العقلى الذى يتشكل الأكل وفقاً له، ويجد أغلب الباحثون أنهم مرغمون صراحة أو ضمناً على قبول المفهوم المرضى للنهم (Abraham and Beaumont, 1982; Johnson and Larson, 1982)

والاحساس الاستسلامى أمام التحكم فى حالة النهم جوهرى؛ حيث عادة ما يكون الأكل بطريقة سوية منضبطا بشدة. ويعتقد هيثرتون وبوميستر Heatherton and Baumeister (1992) أن الهرب من الوعى الذاتى، الذى يحدث مع الشره يلعب دوراً مهماً فى مواصلة الأكل بنهم.

وتتضمن مجموعة الأدوات المقننة لتقييم اتجاهات الأكل وأنماطه تلك الأدوات، التى قننت أساساً لتقييم فقدان الشهية العصبى، مثل: اختبار الاتجاهات نحو الأكل (1) (Garner and Garfinkell, 1979) وبعض المقاييس الفرعية من بطارية اضطراب الأكل (Garner, 1991)، ويغطى استخبار الجوانب المعرفية لفقدان الشهية العصبى (2) (Mizes and Klesges, 1990) مجالات مشابهة. وعادة ما توجد مؤشرات انفعالية فى الأكل على نطاق واسع لدى مرضى الشره العصبى، ويمكن قياسها بالمقاييس الفرعية للأكل الانفعالى (3) (Van Strein et al., 1986) وهناك أيضاً مقياس أخر لميول الأكل النهم (The Bult : Smith and Thelen, 1984)، والذى تتوفر له بعض البيانات المعيارية. واستخدام هذه المقاييس مع مقياس للقيود الغذائية يمكن أن يوفر مؤشرا كمياً على اضطرابات الأكل.

وستحل الأدوات السيكومترية بديلا عن السجلات التفصيلية للأكل، والتى يتعين نموذجياً أن يتولاها ملاحظون، غير أن المرضى هم فى الواقع من يقوم بها. وبما أن النهم يمكن أن يختلف جوهرياً من حالة إلى أخرى لدى المريض الواحد، كما يختلف بين مريض وآخر.. فإن الاحتفاظ بالتسجيلات لفترات طويلة مطلوب فى ضوء مشكلات الإذعان الحتمية.

ولحسن الحظ يعتبر الكثيرون من المرضى أن سجل الأكل أداة مفيدة، وبالتالى يتعاونون فى استخدامه. ويساعد نموذج التسجيل الذى يتضمن أجزاء منفصلة للأكل النهم والأكل غير النهم على تبسيط معالجة البيانات، ويمكن الحصول منه على التكرارات، بالإضافة إلى معلومات أخرى أكثر تفصيلا حول مقدمات الأكل ونتائجه.

---

(1) Eating Attitudes Test

(2) Anorexic Cognition Questionnaire.

(3) The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ).

References

Abraham, S. F. and Beumont, P. J. V. (1982) 'How patients describe bulimia or binge eating', *Psychological Medicine* 12: 625–35.

Agras, W. S. (1987) *Eating Disorders: Management of Obesity, Bulimia, and Anorexia Nervosa*, New York: Pergamon.

Allon, M. (1982) 'The stigma of overweight in everyday life', in Wolman, B. B. (ed.) *Psychological Aspects of Obesity*, New York: Van Nostrand Reinhold.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beumont, P. J. V., George, G. C. W. and Smart, D. E. (1976) '"Dieters" and "vomiters and purgers" in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 6: 617–32.

Björntorp, P. (1988) 'The associations between obesity, adipose tissue distribution and disease', *Acta Medica Scandinavia* (Supplement) 723: 121–34.

Braitman, L. E., Adlin, E. V. and Stanton, J. L. (1985) 'Obesity and caloric intake: the National Health and Nutrition Examination Survey of 1971–1975 (Hanes 1)', *Journal of Chronic Diseases* 38: 727–32.

Bray, G. A. (1969) 'Effect of caloric restriction on energy expenditure in obese patients', *Lancet* 2: 397.

Bray, G. A. (1976) *The Obese Patient*, Philadelphia: W.B. Saunders.

Brownell, K. D. (1991) 'Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide', *Behaviour Therapy* 22: 1–12.

Brownell, K. D. and Stunkard, A. J. (1980) 'Physical activity in the development and control of obesity', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Bruch, H. (1962) 'Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 24: 187–94.

Bruch, H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within*, New York: Basic Books.

Button, E. J., Fransella, F. and Slade, P. D. (1977) 'A reappraisal of body perception disturbance in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 7: 235–43.

Cabanac, M. and Duclaux, R. (1970) 'Obesity: Absence of satiety aversion to glucose', *Science* 168: 496–7.

Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C. and Davis, J. M. (1980) 'Bulimia. Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 37: 1030–34.

Chernin, K. (1983) *Women Size. The Tyranny of Slenderness*, London: The Women's Press.

Chiodo, J. and Latimer, P. R. (1983) 'Vomiting as a learned weight-control technique in bulimia', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 14: 131–5.

Coddington, R. C. and Bruch, J. (1970) 'Gastric perceptivity in normal, obese and schizophrenic subjects', *Psychosomatics* 11: 571–9.

Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. and Fairburn, C. (1987) 'Development of the Body Shape Questionnaire', *International Journal of Eating Disorders* 6: 485–90.

Cooper, Z. and Fairburn, C. G. (1987) 'The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders', *International Journal of Eating Disorders* 6: 1–8.

Crisp, A. H. (1970) 'Premorbid factors in adult disorders of weight, with particular reference to primary anorexia nervosa', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 1–22.

DaCosta, M. and Halmi, K. A. (1992) 'Classifications of anorexia nervosa: the question of subtypes', *International Journal of Eating Disorders* 11: 305–13.

Dally, P. and Gomez, J. (1979) *Anorexia Nervosa*, London: William Heinemann.

Durnin, J. V. and Womersley, J. (1974) 'Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness', *British Journal of Nutrition* 21: 681–9.

Dwyer, J. (1992) 'Nutritional remedies: reasonable and questionable', *Annals of Behavioural Medicine* 14: 120–5.

Dwyer, J. T., Feldman, J. J. and Mayer, J. (1970) 'The social psychology of dieting', *Journal of Health and Social Behaviour* 11: 269–87.

Fairburn, C. G. (1983) 'Bulimia nervosa', *British Journal of Hospital Medicine* (June): 537–42.

Fairburn, C. G. and Cooper, P. J. (1982) 'Self-induced vomiting and bulimia nervosa; an undetected problem', *British Medical Journal* 284: 1153–55.

Fairburn, C. G. and Garner, D. M. (1986) 'The diagnosis of bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 5: 403–19.

Falkner, F. (1962) 'Some physical growth standards for white North American children', *Pediatrics* 29: 467–74.

Fava, M., Copeland, P. M., Schweiger, U. and Herzog, D. B. (1989) 'Neurochemical abnormalities of anorexia nervosa and bulimia nervosa', *American Journal of Psychiatry* 146: 963–71.

Florey, C. D. V. (1970) 'The use and interpretation of ponderal index and other weight/height ratios in epidemiological studies', *Journal of Chronic Diseases* 23: 93–103.

Garfinkel, P. E. (1974) 'Perception of hunger and satiety in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 4: 309–15.

Garfinkel, P. E. and Garner, D.M. (1982) *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York: Brunner Mazel.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M., Stancer, H. C. and Coscina, D. V. (1978) 'Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in body image and satiety', *Psychosomatic Medicine* 40: 487–98.

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. and Garner, D. M. (1980) 'The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup', *Archives of General Psychology* 37: 1036–40.

Garner, D. M. (1985) 'Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 4: 701–26.

Garner, D. M. (1991) *Eating Disorder Inventory 2*, Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources Inc.

Garner, D. M. and Garfinkel, P. E. (1979) 'The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 9: 273–9.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C. and Moldofsky, H. (1976) 'Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity', *Psychosomatic Medicine* 38: 227–36.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. and Thompson, M. (1980) 'Cultural expectations of thinness in women', *Psychological Reports* 47: 483–91.

Garrow, J. S. (1974) *Energy Balance and Obesity in Man*, New York: Elsevier.

Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Eckert, E. D., Casper, R. C., Davis, J. M. and Roper, M. (1980) 'Attitudinal dimensions in anorexia nervosa', *Journal of Psychosomatic Research* 15: 239–51.

Griffiths, M. and Payne, P. R. (1976) 'Energy expenditure in small children of obese and non-obese patients', *Nature* 260: 698–700.

Grimes, W. B. and Franzini, L. R. (1977) 'Skinfold measurement techniques for estimating percentage body fat', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 8: 65–9.

Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Eckert, E., Casper, R. and Davis, J. M. (1977) 'Pretreatment evaluation in anorexia nervosa', in R. A. Vigersky (ed.) *Anorexia Nervosa*, New York: Raven Press (43–54).

Halmi, K. A., Falk, J. R. and Schwarts, E. (1981) 'Binge eating and vomiting: A survey of a college population', *Psychological Medicine* 11: 697–706.

Halmi, K. A., Sunday, S., Puglisi, A. and Marchi, P. (1989) 'Hunger and satiety in anorexia and bulimia nervosa', *Annals of the New York Academy of Science* 575: 431–45.

Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. and Cohen, J. (1991) 'Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa', *Archives of General Psychiatry* 48: 712–18.

Hamm, P., Shekelle, R. B., Stamler, J. (1989) 'Large fluctuations in body weight during young adulthood and twenty-five-year risk of coronary death in men', *American Journal of Epidemiology* 129: 312–18.

Hawkins, R. C. and Clement, P. F. (1980) 'Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies', *Addictive Behaviours* 5: 219–26.

Heatherton, T. F. and Baumeister, R. F., (1992) 'Binge-eating as escape from self-awareness', *Psychological Bulletin* 110: 86–108.

Herman, P. (1980) 'Restrained eating', in A. J. Stunkard (ed.) *Obesity*, Philadelphia: W. B. Saunders.

Herman, C. B. and Mack, D. (1975) 'Restrained and unrestrained eating', *Journal of Personality* 43: 547–60.

Hibscher, J. A. and Herman, C. P. (1977) 'Obesity, dieting and the expression of "obese" characteristics', *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 97: 374–80.

Hoek, H. W. (1991) 'The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care', *Psychological Medicine* 21: 455–60.

Jeffery, R. W. (1992) 'Is obesity a risk factor for cardiovascular disease?' *Annals of Behavioural Medicine* 14: 109–12.

Johnson, C. B. and Larson, R. (1982) 'Bulimia: An analysis of moods and behaviour', *Psychological Medicine* 44: 341–51.

Johnson, M. L., Bucke, B. S. and Mayer, J. (1956) 'Relative importance of inactivity and overeating in the energy balance of obese high-school girls', *American Journal of Clinical Nutrition* 4: 37–44.

Jourard, S. M. and Secord, P. R. (1955) 'Body cathexis and the ideal female figure', *Journal of Abnormal and Social Psychology* 50: 243–6.

King, M. B. (1989) 'Eating disorders in a general practice population' in *Psychological Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press 19: 1–34.

Kissileff, H., Jordan, H. and Levitz, L. (1978) 'Eating habits of obese and normal weight humans', in G. A. Bray (ed.) *Recent Advances in Obesity Research* 2, London: Newman.

Klajner, F., Herman, C. P., Polivy, J. and Chhabra, R. (1981) 'Human obesity, dieting and anticipatory salivation to food', *Physiology and Behaviour* 27: 195–8.

La Porte, R. E. (1989) 'Evaluating interrelationships among physical fitness and activity measurements', in T. F. Drury (ed.) *Assessing Physical Fitness and Physical Activity in Population Bases Surveys* 'DHHS-PHS Report 89-1253), Washington, DC.: US Government Printing Office.

Lissner, L., Bengtsson, C., Lapidus, L., Larsson, B., Bengtsson, B. and Brownell, K. (1988) 'Body weight variability and mortality in the Gothenburg prospective studies of men and women', in P. Björntorp and S. Rössner (eds) *Obesity in Europe 88*, London: John Libbey (55–60).

Mahoney, M. J. (1975) 'The obese eating style: bites, beliefs and behaviour modification', *Addictive Behaviors* 1: 47–53.

Mayer, J. (1968) *Overweight: Causes, Cost and Control*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Metropolitan Life Insurance Company (1983) '1983 Metropolitan Height and Weight Tables', *Statistical Bulletin* (Jan–June): 3–9.

Minuchin, S., Rosman, B. L. and Baker, L. (1978) *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Mizes, J. S. and Klesges, R. C. (1990) 'Validity, reliability, and factor structure of the Anorectic Cognitions Questionnaire', *Addictive Behaviors* 14: 589–94.

Monello, L. F. and Mayer, J. (1963) 'Obese adolescent girls. An unrecognised "minority", group?, *American Journal of Clinical Nutrition* 13: 35–9.

Morley, J. E. and Blundell, J. E. (1988) 'The neurobiological basis of eating disorders: some formulations', *Biological Psychiatry* 23: 53–78.

National Institute of Health (1985) 'Health implications of obesity', *Annals of Internal Medicine* 103: 1073–77.

Osancová, K. and Hejda, S. (1975) 'Epidemiology of obesity', in T. Silverstone (ed.) *Obesity Pathogenesis and Management*, Lancaster: Medical and Technical Publishing Company.

Palmer, R. L. (1979) 'The dietary chaos syndrome: A useful new term', *British Journal of Medical Psychology* 52: 187–90.

Pearlson, G. D., Flournoy, L. M., Simonson, M. and Slavney, P. R. (1981) 'Body image in obese adults', *Psychological Medicine* 11: 147–54.

Pierloot, R. A. and Houben, M. E. (1978) 'Estimation of body dimensions in anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 8: 317–24.

Polivy, J., Herman, P. and Warsh, S. (1978) 'Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters', *Journal of Abnormal Psychology* 87: 497–504.

Prentice, A. M., Black, A. E., Coward, W. A., Davies, H. L., Goldberg, G. R., Murgatroyd, P. R., Ashford, J., Sawyer, M. and Whitehead, R. G. (1986) 'High levels of energy expenditure in obese women', *British Medical Journal* 292: 983–7.

Pyle, R. L., Mitchell, J. E. and Eckert, E. D. (1981) 'Bulimia: A report of 34 cases', *Journal of Clinical Psychology* 42: 60–4.

Ravussin, E., Lillioja, S., Knowler, W.C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, W. G. H., Boyce, V., Howard, B. V. and Bogardus, C. (1988) 'Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain', *New England Journal of Medicine* 318: 462–72.

Rosenberg, (1965) *Society and Adolescent Self Image*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Russell, G. F. M. (1970) 'Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment', in J. H. Price (ed.) *Modern Trends in Psychological Medicine 2*, London: Butterworth.

Russell, G. F. M. (1979) 'Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa', *Psychological Medicine* 9: 429–48.

Schachter, S. and Rodin, J. (1974) *Obese Humans and Rats*, Washington DC: Erlbaum-Halstead.

Schutz, Y., Flatt, J. P. and Jéquier, E. (1989) 'Failure of dietary fat intake to promote fat oxidation: a factor favoring the development of obesity', *American Journal of Clinical Nutrition* 50: 307–14.

Shetty, P. S., Jung, R. T., James, W. P. T., Barrand, M. A. and Callingham, B. A. (1981) 'Post prandial thermogenesis in obesity', *Clinical Science* 60: 519–25.

Shipman, W. and Sohlkhan, N. (1967) 'Body image distortion in obese women', *Psychosomatic Medicine* 29: 540.

Silverstone, J. T. (1968) 'Obesity', *Proceedings of Royal Society of Medicine* 61: 371–5.

Slade, P. (1973) 'A short anorexic behaviour scale', *British Journal of Psychiatry* 122: 83–5.

Slade, P. (1982) 'Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 167–81.

Slade, P. and Russell, G. F. M. (1973) 'Experimental investigations of bodily perceptions in anorexia nervosa and obesity', *Psychotherapy and Psychosomatics* 22: 259–363.

Smith, M. C. and Thelen, M. H. (1984) 'Development and validation of a test for bulimia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52: 863–72.

Sobal, J. and Stunkard, A. J. (1989) 'Socioeconomic status and obesity: a review of the literature', *Psychological Bulletin* 105: 260–75.

Stangler, R. S. and Printz, A. M. (1980) 'DSM III. Psychiatric diagnosis in a university population', *American Journal of Psychiatry* 137: 937–40.

Stefanik, P. A., Heald, F. P. and Mayer, J. (1959) 'Caloric intake in relation to energy output of obese and non-obese adolescent boys', *American Journal of Clinical Nutrition* 7: 55–62.

Steinhausen, H. C. and Glanville, K. (1983) 'Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings', *Psychological Medicine* 13: 239–49.

Stunkard, A. J. (1958) 'Physical activity, emotions and human obesity', *Psychosomatic Medicine* 20: 366–72.

Stunkard, A. J. and Fox, S. (1971) 'The relationship of gastric motility and hunger. A summary of the evidence', *Psychosomatic Medicine* 33: 123–34.

Stunkard, A. J. and Messick, S. (1985) 'The three factors eating questionnaire to measure dietary restraint, distribution and hunger', *Journal of Psychosomatic Research* 29: 71–84.

Stunkard, A. J. and Pestka, J. (1962) 'The physical activity of obese girls', *American Journal of Diseases of Childhood* 103: 812–17.

Stunkard, A. J., Sorensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J. and Schulsinger, F. (1986) 'An adoption study of human obesity', *New England Journal of Medicine* 314: 193–8.

Turner, M. St. J. and Shapiro, C. M. (1992) 'The biochemistry of anorexia nervosa', *International Journal of Eating Disorders* 12: 179–93.

Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. and Defares, P. B. (1986) 'The Dutch eating behaviour questionnaire for assessment of restrained, emotional and external eating behaviour', *International Journal of Eating Disorders* 5: 295–315.

Walsh, B. T., Kissileff, H. R. and Hadigan, C. M. (1989) 'Eating behaviour in bulimia', *Annals of the New York Academy of Sciences* 575: 446–55.

Wardle, J. (1980) 'Dietary restraint and binge eating', *Behaviour Analysis and Modification* 4: 201–9.

Wardle, J. (1987a) 'Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders', *Journal of Psychosomatic Research* 31: 161–9.

Wardle, J. (1987b) 'Compulsive eating and dietary restraint', *British Journal of Clinical Psychology* 26: 47–55.

Wardle, J. (1988) 'Cognitive control of eating', *Journal of Psychosomatic Research* 32: 607–12.

Wardle, J. and Beinart, H. (1981) 'Binge eating: a theoretical review', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 97–109.

Wardle, J. and Ogden, J. (1989) 'Cognitive and physiological effects on hunger and food intake', *Annals of the New York Academy of Sciences* 575: 585–7.

Wardle, J. and Marsland, L. (1990) 'Adolescent concerns about weight and eating: A social developmental perspective', *Journal of Psychosomatic Research* 34: 377–91.

Williamson, D. A. (1990) *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia, and Bulimia Nervosa*, New York: Pergamon.

Wing, R. R. (1992) 'Weight cycling in humans: a review of the literature', *Annals of Behavioral Medicine* 14: 113–19.

Wooley, O. W. and Wooley, S. C. (1975) 'The experimental psychology of obesity', in T. Silverstone (ed.) *Obesity Pathogenesis and Management*, Lancaster: Medical and Technical Publishing Company.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Woods, W. A. (1975) 'Effect of calories on appetite for palatable food in obese and non-obese humans', *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 89: 619–25.

Wooley, O. W., Wooley, S. C. and Dyrenforth, S. R. (1979) 'Obesity and Women II. A neglected feminist topic', *Women's Studies international Quarterley* 2: 81–92.

Yates, A. (1991) *Compulsive Exercise and the Eating Disorder: Towards an Integrated Theory of Activity*, New York: Brunner/Mazel.